

年 月 日

稲城市長 殿

事業所名

事業所所在地

電話番号

担当者名

一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）利用者の現状について

下記の被保険者について、一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）を利用している現状について、下記のとおり提出いたします。

記

1 被保険者情報

被保険者番号									被保険者氏名

2 訪問介護（生活援助中心型）の提供内容

--

3 訪問介護事業所から見た一定回数以上の訪問介護（生活援助中心型）の必要性
※サービス提供を行う訪問介護員等の意見も聞き取りし、記入してください。

--